

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 15 Novembre 1900, à 1 heure

PAR

MICHEL MALINSKY

Né à Simféropol (Russie) le 8 novembre 1873.

Ancien externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PATHOGÉNIE ET DU TRAITEMENT

DE LA

TUBERCULOSE TESTICULAIRE

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. BERGER, professeur.

MAUCLAIRE et FAURE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

ANCIENNE MAISON JOUVE

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 15 Novembre 1900, à 1 heure

PAR

MICHEL MALINSKY

Né à Simféropol (Russie) le 8 novembre 1873.

Ancien externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PATHOGÉNIE ET DU TRAITEMENT

DE LA

TUBERCULOSE TESTICULAIRE

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. BERGER, professeur.

MAUCLAIRE et FAURE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

ANCIENNE MAISON JOUVE

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1900



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISAUD
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE POTAIN
Clinique médicale	JACCOUD HAYEM DIEULAFOY GRANCHER
Maladies de enfants	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux	BERGER DUPLAY LEDENTU TILLAUX
Clinique ophtalmologique	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchement	BUDIN PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MA SOEUR

A MES AMIS

A MON EXCELLENT MAITRE LEGUEU

Professeur agrégé
Chirurgien des Hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Chirurgien à l'Hôpital Necker
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de la tuberculose testiculaire

I. — Introduction

Il semblerait presque téméraire d'aborder un sujet tel que celui-ci, qui, depuis cent ans, a fait couler tant d'encre et a soulevé tant de discussions ; et n'étaient les horizons nouveaux qui viennent de s'ouvrir pour la question lors des dernières discussions à la Société de chirurgie, au sujet du traitement de la tuberculose testiculaire, et les idées échangées au dernier congrès au sujet de la localisation primitive de la tuberculose dans l'appareil génito-urinaire, nous nous sentirions de prime abord exposé à des redites.

Décrire, en effet, la tuberculose du testicule comme entité morbide, en faire une tuberculose locale, au même titre que les premières localisations bacillaires dans les os et dans les articulations, montrer que les lésions sont dues à la prolifération du bacille de Koch, serait faire œuvre de copiste, car sur ce point nous n'aurions rien à ajouter aux travaux de Bayle,

Louis et Laënnec ; mais aller plus loin, et, nous cantonnant exclusivement dans l'appareil génital, pour laisser systématiquement de côté l'appareil urinaire, recherchant tant par la clinique que par l'anatomie pathologique à surprendre le bacille dans son évolution et dans sa marche, nous permettrait peut-être de contribuer avec quelque intérêt à l'éclaircissement d'un chapitre si discuté.

Car enfin, il ne nous suffit pas de savoir que le bacille implanté sur telle partie de l'appareil produira : ici une épididymite, là une déferentite ou une prostatite ; ce que le chirurgien nous demande pour pouvoir intervenir à temps, avec quelque chance de succès, c'est de savoir où pénètre le germe pathogène en premier lieu, quelle voie il suit pour se propager, afin de pouvoir lui fermer la porte et l'arrêter dans sa migration.

Tout élément infectieux suit, en effet, dans sa marche une voie systématique connue d'avance. Dans la lutte pour la vie il cherche toujours, pour s'abriter, vivre et proliférer, un terrain qui lui soit favorable, un milieu de culture où il trouvera réunis les éléments de son existence.

Or, pour chacun de nos appareils nous connaissons ce point faible de l'économie, et nous pouvons, à coup sûr, aller chercher l'ennemi dans son gîte primitif. C'est la constatation de ces découvertes, tant dans le domaine chirurgical que médical, qui nous a

donné l'idée de ce modeste travail, où, sous l'inspiration de notre maître Legueu, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux, dont il nous a été donné de suivre comme externe le haut enseignement, nous nous efforcerons d'élucider la question.

La clinique seule peut-elle nous donner la clef de cette évolution ? Nous ne la croyons pas tout à fait suffisante pour résoudre la question ; ses moyens d'investigation n'ont pas encore atteint le perfectionnement voulu pour nous servir de garantie. Mais guidée par l'anatomie pathologique, et mise au service d'une conception pathogénique nouvelle, elle la confirmera très souvent.

En effet, cliniquement il nous est difficile de surprendre le début de la tuberculose génitale, et combien de fois la tuberculose prostatique et vésiculaire a-t-elle été méconnue !

Les chirurgiens sont bien loin d'être d'accord sur la question de la localisation primitive de la tuberculose génitale. Pour les uns, c'est le testicule qui est atteint le premier, pour les autres c'est l'épididyme ; d'autres, enfin, et nous sommes de leur nombre, admettent le début de la bacillose génitale par les parties profondes, la prostate et les vésicules séminales.

Dans la plupart des cas soumis à notre examen nous avons toujours trouvé une coexistence des lésions tant dans les portions superficielles que profondes

des voies génitales. Or, comme le disait notre maître Legueu dans une leçon clinique faite à ce sujet, il faut bien admettre que l'un quelconque de ces organes a été contaminé avant l'autre, soit que le bacille de Koch soit descendu du testicule vers les vésicules, soit, qu'au contraire, remontant le cours du sperme, il se soit propagé de la prostate vers le testicule.

Qu'il nous suffise de dire dès maintenant que les nombreux cas publiés dans la science et quelques cas recueillis par nous à la consultation de chirurgie à l'hôpital Saint-Louis, où grâce au toucher rectal, on a pu trouver sur la prostate des lésions plus avancées que sur les autres parties du système génital, voire même des lésions toutes jeunes sur cet organe profond, alors que le reste de l'appareil était intact, nous permettront d'affirmer que la tuberculose se localise primitivement sur la prostate et ne gagne que secondairement la glande sexuelle, cette migration du bacille s'étant opérée par la voie déférentielle.

C'est ce point de pathogénie, encore à l'étude, qui fera l'argumentation de ce travail ; c'est l'idée seule admissible et juste à notre point de vue que nous nous efforcerons de défendre, car elle est pleine de conséquences thérapeutiques.

Aussi, comme corollaire inévitable de cette conception pathogénique, discuterons-nous, dans une deuxième partie, les traitements chirurgicaux proposés, depuis la castration tombée dans un juste dis-

crédit, de par ses conséquences funestes, jusqu'à ces interventions plus logiques et surtout moins graves, connues sous le nom de « conservatrices, économiques et partielles », parmi lesquelles l'épididymectomie, pratiquée seule ou jointe à la déférentectomie et même à la vésiculectomie, doit être considérée comme opération de choix. Nous dirons aussi quelques mots du nouveau traitement dernièrement proposé par M. Mauclaire, basé sur une série de faits probants.

Nous n'ignorons pas toutefois l'insuffisance de notre étude, persuadé que la question n'est encore qu'ébauchée, mais nous serions heureux qu'elle fût sur le chemin scientifique une de ces bornes indicatrices où se retrouveront nos successeurs pour la défense d'une conception que nous croyons juste.

Avant d'aborder notre sujet, nous remplirons le plus agréable des devoirs, en adressant à un de nos plus aimés et respectés maîtres, M. Legueu, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, nos plus vifs et sincères remerciements. Ce travail commencé sous son inspiration n'est qu'un faible témoignage d'élève dévoué et profondément reconnaissant.

Nous n'oubliions pas nos autres maîtres dont nous garderons toujours le souvenir aussi vivace que réconfortant dans la carrière que nous allons remplir, et dont maintes fois nous aurons à mettre à profit les sages avis. Aussi est-ce pour nous une

douce satisfaction que de rendre hommage à la science et à la sympathie de ces maîtres de la première heure, que furent pour nous M. le professeur Hayem, M. Campenon, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, M. Petit, M. Beclère, M. Tenneson, médecins des hôpitaux, M. Beurnier, chirurgien des hôpitaux.

Nous remercions vivement le D^r Battigne, ancien interne des hôpitaux, pour les conseils et les services qu'il nous a rendus.

Que notre ami Leullier, étudiant en médecine, qui nous aida dans nos recherches bibliographiques, reçoive ici l'expression de notre reconnaissance profonde.

Nous prions M. le professeur Guyon d'agréer nos humbles remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.



II. -- Pathogénie

A) Association des lésions tuberculeuses dans l'appareil génital

La tuberculose testiculaire est caractérisée par la pénétration du bacille de Koch dans le parenchyme glandulaire. Le testicule est rarement atteint seul ; en général tout l'appareil génital, au moins sur une longue partie de son parcours, participe aux mêmes lésions, surtout à une période avancée de la maladie. L'épididyme, les canaux déférents, les vésicules séminales et la prostate peuvent être atteints simultanément. C'est cette concomitance des lésions tuberculeuses dans l'appareil génital que nous aurons en vue dans ce chapitre.

Le bacille de Koch, sur tout le parcours des voies génitales, va pouvoir se greffer et donner naissance à des lésions caractéristiques ; mais il ne se fixera pas le plus souvent d'une façon indéterminée ; il aura certains points d'élection, où on le retrouvera presque toujours. On sait combien, par exemple, les lésions

de la prostate et de l'épididyme sont fréquentes dans la tuberculose sexuelle de l'homme, combien sont rares, au contraire, celles du pénis.

D'ores et déjà disons que la tuberculose d'un organe ou d'un viscère et particulièrement de l'appareil génital, est, soit une lésion locale, primitivement développée dans l'organe, soit, au contraire, une lésion secondaire. Donc, dans le système génital, tantôt nous trouverons à son niveau la première manifestation de l'infection bacillaire, tantôt, au contraire, la localisation tuberculeuse ne sera là qu'un point de retentissement, qu'une greffe ultérieure du bacille de Koch pullulant dans un autre viscère de l'organisme.

Dans tous les appareils le bacille choisit une partie où il évoluera mieux, poumon dans l'appareil respiratoire, vessie et rein dans l'appareil urinaire, prostate et épididyme dans l'arbre génital. Il n'y a rien d'étonnant à ce que les lésions soient plus marquées dans ces foyers que sur d'autres points. De ces foyers la tuberculose s'étendra de proche en proche, et, pour ne citer qu'un exemple, rappelons l'envahissement du canal déférent consécutif à une lésion initiale de la vésicule séminale ou de la prostate.

Nous avons déjà dit que le testicule est rarement frappé isolément (sauf dans les cas aigus et chez les enfants) ; d'autres éléments de l'appareil sont lésés simultanément. Cette coexistence des lésions est signalée depuis bien longtemps dans les auteurs. Dès

le début du XIX^e siècle, quand Bayle a séparé la tuberculose du testicule d'un grand nombre de maladies connues sous le nom générique de « sarcocèle », quand il a reconnu cette affection comme une entité morbide, les cliniciens ont compris que la tuberculose testiculaire ne peut pas être étudiée sans ses rapports pathologiques avec les autres parties de l'appareil. Rilliet et Barthez, en 1842, rapportent chez les enfants des cas de tuberculose génitale liée à la tuberculose urinaire. Dufour et Cruveilhier constatent si souvent le testicule et la prostate pris ensemble qu'ils décrivent la tuberculose de ces organes dans le même chapitre. Cette coexistence des lésions tuberculeuses se retrouve aussi chez les enfants, mais les vésicules séminales et la prostate sont plus rarement atteintes ; cependant Lannelongue a vu les vésicules malades en même temps que le rein et la prostate chez un enfant de neuf ans et demi. Rombeau a présenté, en 1851, à la Société anatomique les organes génitaux d'un petit enfant de 18 mois mort de pneumonie ; des tubercules existaient dans les reins, les testicules et les vésicules séminales. Guyon après une série de faits cliniques et d'autopsies acquiert la conviction que toutes les parties de l'appareil génital sont atteintes simultanément. Gosselin cherchait toujours à confirmer le diagnostic du testicule tuberculeux par le toucher rectal, il était sûr de trouver la prostate modifiée dans ce cas. Il conseillait même de répéter de temps à au-

tre cette exploration — « car, disait-il, il est possible que les tubercules, d'abord absents ou larvés et, par conséquent, non reconnus à un premier examen, se forment et s'accroissent plus tard, et deviennent appréciables à un examen ultérieur. »

L'orchite bacillaire est tellement rare, comme affection isolée, qu'on remplace cette dénomination par celle de l'orché-épididymite, car l'épididyme est infecté avant le testicule et son affection accompagne nécessairement l'affection du dernier. Ricord trouve que l'épididyme est toujours envahi, quand il y a du tubercule en un point quelconque de l'appareil génital. Non seulement l'épididymite accompagne l'orchite, mais c'est elle qui est prédominante. Si nous explorons les autres éléments des voies génitales, nous trouverons les déférents modifiés surtout à leurs extrémités, souvent dans leur partie moyenne, les vésicules portant des lésions caractéristiques de tuberculose, la prostate changée de forme, de volume, présentant des inégalités et des bosselures.

M. Legueu divise les malades atteints de tuberculose génitale en quatre catégories : les tuberculoses prostatiques et vésiculaires, les tuberculoses profondes et déférentielles, les tuberculoses profondes et épididymaires, les tuberculoses épididymaires seules. Ce n'est que deux fois sur dix qu'il trouve l'épididyme atteint isolément et encore avec un doute pour la prostate.

M. Guyon sur 127 cas cliniques trouve : prostate prise seule, 56 fois ; prostate et vésicules, 11 fois ; épидидyme, 2 fois ; tout, 50 ; tout avec doute pour la prostate, 2 ; tout avec doute pour les vésicules, 6.

M. Reclus sur 69 observations, dont 59 extraites du Bulletin de la Société Anatomique (1863-1889) et 10 personnelles trouve l'association suivante : Tuberculose de l'épididyme et du testicule, 48 cas ; de l'épididyme seul, 20 cas ; du testicule seul, 1 cas. Nous sommes surpris de voir dans cette statistique, comme dans celles que nous verrons publiées par d'autres auteurs, qu'il n'est pas fait mention de l'état de la prostate et des vésicules séminales.

M. Guyon dans 26 autopsies trouve : vésicules seules, 2 ; prostate, 1 ; prostate et vésicule, 10 ; tout, 13. Jamais l'auteur dans les autopsies comme en clinique ne trouve de lésions épидидymaires seules.

Dans la statistique de Wiessler, sur 27 cas de tuberculose testiculaire ; épидидyme seul, 3 ; testicule et épидидyme, 24 ; donc ce n'est pas le testicule qui est atteint le premier, comme le prétend l'auteur, puisque l'épididyme est lésé aussi. La prostate et les vésicules étaient saines dans ces 27 cas. Cette affirmation clinique de l'intégrité des parties profondes est suspecte, surtout quand on prend en considération la difficulté qu'on a de constater les lésions de ces organes et la négligence avec laquelle on pratique ce mode d'exploration.

Dürr rapporte 39 cas où l'épididyme a toujours été atteint le premier et ce n'est que bien plus tard que la maladie s'est propagée au corps du testicule (de 6 mois à 1 an).

Dimitresco sur 16 cas trouve l'épididyme pris seul, 10 fois ; la prostate et les vésicules, 6 fois. « Il est exceptionnel, dit-il, de trouver le testicule atteint en dehors de l'épididyme ».

Lancéreaux trouve que tous les éléments sont pris surtout dans la tuberculose génitale primitive. « Quoi qu'il en soit, la tuberculose des organes génitaux, ordinairement double, laisse le plus souvent le corps du testicule intact. »

Sur 30 cas de tuberculose génitale observés à St-Louis nous avons constaté l'association suivante : prostate et vésicules, 4 ; tout, 20 ; tout avec doute pour la prostate et les vésicules, 6.

Hâtons-nous de dire que la prostate dans la plupart des cas contenait des lésions assez avancées. Le testicule apparaissait souvent sain ou légèrement touché, autant que nous permettait de l'affirmer l'examen clinique. Jamais nous n'avons vu l'épididyme affecté isolément, indépendamment des autres portions de l'appareil génital. Les canaux déférents présentaient tantôt une augmentation de volume dans tout leur trajet scrotal, tantôt apparaissaient modifiés à leur extrémité inférieure.

Quant à l'état des vésicules, il nous a été

difficile de l'apprécier dans tous les cas, étant donné leur situation profonde. Toutefois, au cours de nos observations, nous l'avons mentionné quand cet examen a été possible. L'état général des sujets était assez bon dans plus de la moitié des cas sans lésions évidentes dans d'autres appareils.

Nous donnerons encore la statistique de Guelliot et indiquerons les rapports de la tuberculose génitale avec d'autres appareils exprimés en o/o o/o.

Guelliot sur 59 cas de tuberculose vésiculaire trouve : poumons, 49 ; prostate, 36 ; testicule et épидидyme, 34 ; vessie et urèthre, 29. Ainsi 4 fois sur 5 la tuberculose génitale suit ou précède celle des poumons ; dans plus du tiers des cas les vésicules étaient atteintes sans que la prostate fût malade ; le testicule et l'épididyme étaient très souvent sains ; enfin dans la moitié des cas il y a des lésions dans la vessie ou l'urèthre.

Quant aux rapports de la tuberculose génitale avec celle des autres appareils les statistiques s'accordent à peu près toutes. Voici celle de Villard : La tuberculose génitale s'accompagne de tuberculose pulmonaire dans 50 o/o des cas ; de tuberculose urinaire dans 56 o/o ; de tuberculose péritonéale dans 12 o/o ; de tuberculose osseuse et articulaire dans 6 o/o ; de tuberculose méningée dans 17 o/o.

B). *Localisation primitive de la tuberculose génitale dans la prostate et les vésicules séminales.*

Nous avons vu dans le chapitre précédent que toutes les parties constituant l'appareil génital participent dans une certaine mesure à l'affection bacillaire du testicule. Cette coexistence des lésions une fois démontrée et constatée, il s'agit de se demander par où débute la tuberculose génitale. Il n'y a que deux interprétations possibles, pour expliquer cette association si fréquente des lésions superficielles et profondes de l'appareil ; là tuberculose débute par le testicule et de là se propage aux parties profondes, ou se localise d'abord sur la prostate et les vésicules et suit une marche inverse. La clinique et l'anatomie pathologique nous rendront de grands services pour choisir l'hypothèse juste.

Avant d'aller plus loin nous dirons que pour les constatations cliniques dont nous aurons besoin, il faut nécessairement avoir recours à un procédé d'exploration dont tous les chirurgiens parlent, mais que peu pratiquent. C'est le toucher rectal qui, bien pratiqué, rend aux cliniciens de précieux services dans toutes les affections génitales et particulièrement dans celle qui nous intéresse. Gosselin insistait sur la nécessité de le pratiquer, et le professeur Guyon a enseigné avec détail toutes les règles de ce mode d'in-

vestigation clinique. En effet, on se trompe rarement sur la nature tuberculeuse des parties profondes de l'appareil, si l'on sait bien faire le toucher rectal.

Voilà ce que dit à ce sujet G. Colin, dans un article publié dans la « Revue Internationale de Médecine et de Chirurgie (Examen et massage de la prostate et des vésicules séminales) : « l'examen de la prostate et des vésicules séminales par le toucher rectal a une valeur capitale dans le diagnostic des affections de ces organes. Et cependant, on néglige trop fréquemment d'avoir recours à des procédés aussi importants et de leur demander les services qu'ils peuvent nous rendre ; cela tient à ce qu'on les connaît mal et à ce qu'on en ignore les multiples applications et les précieuses ressources. Il faut donc savoir quand et comment on doit examiner la prostate et les vésicules. »

Nous connaissons les difficultés qu'on éprouve quand on a affaire à un début de bacilliose profonde, les lésions étant encore si légères et insignifiantes qu'elles ne se manifestent par aucun signe appréciable pour le médecin et pour le malade. Le premier stade de l'infection bacillaire, phase de granulations, n'est décelable que sur la table d'autopsie et ce n'est qu'au deuxième stade, celui de l'infiltration caséeuse, que le toucher peut révéler les lésions. Donc, c'est au début de la tuberculose génitale profonde que la clinique a besoin de toute sa sagacité, car parfois, les

organes les plus accessibles, le testicule et l'épididyme ne présentent aucune lésion, alors que les parties profondes du conduit séminal sont déjà anatomiquement atteintes. M. Pothérat à la Société de Chirurgie, l'an dernier, disait ceci : « en effet, il ne faut pas conclure qu'il y a intégrité de la prostate ou faible atteinte parce qu'au toucher on ne sent pas de noyaux dans cette glande ou de noyaux bien moindres que ceux sentis au niveau de l'épididyme ; ici l'exploration est plus facile que là, et les noyaux, même petits, seront perçus au testicule qui échapperont forcément à la prostate. » Le toucher rectal s'impose donc au chirurgien qui soupçonne une tuberculose génitale et qui ne trouve pas la confirmation dans l'examen des bourses ; il est nécessaire aussi quand l'altération est de nature douteuse ; il est utile enfin, en tout cas, pour établir l'état de tout l'appareil génital.

Nous revenons maintenant à la question de localisation primitive de la tuberculose génitale.

Faits cliniques. — Lorsqu'on suit un malade atteint de tuberculose génitale, on peut souvent assister à l'extension du mal qui est rarement rapide, car cette tuberculose est d'une évolution généralement très lente. Godard, cite une observation dans laquelle la tuberculose de la prostate précéda de six ans, celle du testicule. Un exemple, où on pouvait nettement suivre l'extension du mal, nous est donné par le cas observé par M. Legueu ; un malade s'est présenté avec

une grosse tumeur à l'orifice inguinal droit ; avec un peu d'attention, on reconnaissait facilement un noyau tuberculeux, un tuberculôme développé sur le canal déférent. Celui-ci était indemne au dessous, mais plus haut, dans la traversée inguinale on le sentait dur, irrégulier, bosselé. Et le toucher rectal dénotait des vieilles lésions complexes et diffuses de tuberculose prostatovésiculaire.

Ce malade ne fut plus revu par M. Legueu, mais l'auteur dit qu'un jour ou l'autre son testicule droit serait envahi par la tuberculose. Ce cas prouve surabondamment d'où venait le tuberculôme constaté dans le trajet inguinal.

L'ancienneté des lésions, la prépondérance, la préexistence dans un des éléments de l'appareil, sont des indications précieuses quant à la marche suivie par le bacille. L'épididyme que nous trouvons toujours lésé, qui marque mieux que toute autre partie la présence du bacille, est pris antérieurement au testicule, cela nous fournit une preuve clinique de cette notion importante que la tuberculose vient de haut en bas. Dans quelles conditions, en effet, se présentent à nous les malades. C'est toujours pour un noyau épидидymaire ou pour une tuméfaction du même siège. Le testicule ne présente rien d'appréciable, la vaginale elle-même ne réagit que par un peu de liquide. Si on pousse les investigations plus loin, si on examine le canal déférent, on y voit toujours des

lésions préexistantes, quelquefois prédominantes, et si on a présente à l'esprit la nécessité de faire le toucher rectal, on trouvera des lésions caractéristiques de tuberculose sur la prostate et les vésicules. Il arrive que ces deux organes, étant tout à fait au début de l'infection bacillaire, ne présentent encore rien d'anormal au doigt qui les explore et on les croit indemnes de toute lésion. Même plus tard, quand les produits morbides apparaissent dans d'autres portions de l'appareil, la prostate et les vésicules peuvent encore une fois cliniquement paraître saines. C'est pour cette raison que les statistiques des auteurs que nous avons rapportées manquent de données sur l'état des organes profonds.

Cependant, dans la littérature médicale, nous trouvons de nombreux cas où on a reconnu la tuberculose de la prostate et des vésicules. M. Legueu parle souvent des malades chez lesquels il avait prédit la tuberculose épидидymo-testiculaire à cause de la gravité de l'envahissement prostatique et vésiculaire. Depuis que l'attention est attirée vers la prostate et les vésicules, les observations portant sur la tuberculose primitive de ces organes commencent à se multiplier. En 1882 Guelliot, dans sa thèse sur « Les vésicules séminales », dit avoir recueilli 59 cas de tuberculose vésiculaire et en rapporte quelques cas. Delfau, dans sa thèse sur « Les tubercules de la prostate », 1874, dit avoir observé quelques cas de tuber-

culose primitive de cet organe. Béraud et Broca ont trouvé des tubercules crétacés de la prostate.

« Quant à nous, dit Béraud, nous avons abordé ce sujet et, grâce à l'obligeance de Ch. Robin, nous pouvons affirmer qu'il y a des tubercules dans la prostate, alors que tous les autres organes n'en offrent pas le moindre vestige. » Dans le cas rapporté par Broca, le testicule est à peine touché, la prostate contient un tubercule crétacé. Dans l'observation II de Delfau on lit ceci : l'épididyme n'était que douloureux et déjà, dans la prostate, les tubercules avaient le temps de se former, de produire un trajet fistuleux et un abcès au périnée. Dans l'observation V du même auteur qui lui était communiquée par Landouzy, alors interne à Saint-Antoine, on voit nettement que la tuberculose du testicule a débuté par la prostate. Guelliot rapporte le cas de Broca publié dans le Bulletin de la Société Anatomique ; il s'agissait d'un homme de 55 à 60 ans qui présentait des tubercules crétacés dans l'épididyme, et dans la prostate, une des vésicules était atrophiée complètement. Cette constatation marque le début de la bacillose par les organes profonds et d'autre part la curabilité de cette tuberculose locale. C'est dans la thèse de Cayla « De la tuberculisation des organes génito-urinaires » (Paris 1887) qu'on trouve de nombreuses observations où on suit la marche des lésions de la prostate à l'épididyme et au testicule. Villard (thèse de Lyon 1893)

admet aussi la localisation primitive de la tuberculose dans la prostate, mais, tandis que Cayla trouve la tuberculose génitale toujours consécutive aux lésions rénales, Villard la trouve toujours primitive. Dans une thèse toute récente de Rey « De l'ablation des vésicules séminales » on trouve décrites les lésions tuberculeuses de ces réservoirs et on lit quelques observations de la tuberculose primitive de ces organes :

Nous avons vu la statistique de M. Guyon : 56 fois la prostate atteinte seule, 11 fois la prostate avec les vésicules, sur 127 cas ; dans tous les autres cas la prostate et les vésicules sont toujours atteintes avec les autres portions. Et les 59 cas de Guelliot ! Ces chiffres ne sont-ils pas assez imposants pour nous autoriser à des conclusions fermes et nous permettre d'affirmer que *la tuberculose génitale est avant tout et surtout une tuberculose prostatovésiculaire ?*

D'autre part de cette notion que nous avons tous maintenant que les lésions sont toujours prédominantes et préexistantes sur l'épididyme, par rapport à celles du testicule, ne pouvons-nous pas dire avec M. Legueu que *la tuberculose testiculaire est avant tout et surtout une tuberculose épидидymaire ?*

Nous rapporterons quatre de nos observations où la tuberculose prostatique était primitive.

OBSERVATION I

(Personnelle)

Ch. Cal..., cordonnier, âgé de 27 ans, sans antécédents héréditaires et personnels appréciables, avec état général assez bon, venait à la consultation de Saint-Louis pour la fréquence diurne de miction. Il se plaignait en même temps des hémorroïdes et nous priaît de l'admettre à l'hôpital. L'idée ne nous serait pas venue de faire le toucher rectal, sans que le malade eût attiré notre attention. En effet, nous avons trouvé des hémorroïdes externes, mais aussi une prostate volumineuse, infiltrée, peu douloureuse, sans bosselures. La fréquence de miction qui l'a amené à l'hôpital était sûrement une cystite du col d'origine bacillaire, venue de la prostate. Les portions superficielles de l'appareil génital ne présentaient rien d'anormal.

OBSERVATION II

(Personnelle)

Th. V..., âgé de 34 ans, garçon marchand de vin, avec antécédents bacillaires du côté de ses parents, sans antécédents personnels vénériens, venait à Saint-Louis, nous trou-

ver pour une hématurie d'origine rénale. Le malade présentait un facies d'une maladie longue, chronique. En effet, il souffrait depuis deux ans de douleurs dans la région lombaire. M. Legueu nous ayant engagé à faire le toucher rectal, nous avons trouvé une prostate farcie de noyaux durs et assez douloureuse. Les vésicules étaient légèrement modifiées. Les autres portions de l'appareil génital étaient à peine touchées.

OBSERVATION III

(Personnelle)

M. Sir..., âgé de 39 ans, boulanger, venait à l'hôpital Saint-Louis pour un écoulement uréthral qui durait depuis environ deux mois. Cet écoulement rappelait tellement l'écoulement purulent gonococcique qu'on n'hésitait pas à porter le diagnostic de blennorrhagie. Mais prenant en considération, d'une part, les insistances du malade qui nous assurait n'avoir pas eu d'autre rapport qu'avec sa femme qui se portait bien, et d'autre part, ce fait que l'écoulement durait sans rémission et était survenu sans douleur à la miction, nous nous sommes décidés à faire le toucher rectal qui nous a révélé une prostate indolente, volumineuse avec de petits foyers purulents. L'état général de ce malade était très bon et ne présentait aucun signe qui pût faire soupçonner des lésions bacillaires dans d'autres organes. Le traitement général que nous avons prescrit

à ce malade semblait faire regresser les lésions constatées sur la prostate.

OBSERVATION IV

(Personnelle)

Il s'agit d'un malade de 31 ans, employé de commerce, atteint depuis deux ans de tuberculose pulmonaire, avec fréquentes hémoptysies. Il n'a jamais eu de maladies vénériennes. Il vient nous consulter pour une fistule à l'anus. En faisant le toucher, nous trouvons la prostate farcie de noyaux tuberculeux et les vésicules modifiées dans leur volume. L'épididyme et le canal déférent du côté gauche sont légèrement pris.

Ces courtes observations prouvent que le toucher rectal est un moyen précieux pour déceler la bacillose génitale à son début et nous montrent combien souvent la tuberculose prostatovésiculaire peut passer inaperçue ; car les signes physiques de l'infection bacillaire de ces deux organes profonds sont tellement communs à beaucoup d'autres affections qu'on est souvent détourné et embarrassé. L'irritabilité vésicale, douleur à la miction, ténésme rectal, constipation, pesanteur dans le périnée, douleur au passage

du bol fécal, tous ces symptômes peuvent faire penser à l'urèthre, à la vessie, au rectum, etc. Le signe indiqué par Ricord, l'écoulement uréthral dans la « blennorrhagie tuberculeuse », n'est pas constant. Pothérat, pourtant, insiste sur ce symptôme qui est rarement trompeur. (Discussion à la Société de chirurgie sur le traitement de la tuberculose testiculaire).

Nous nous permettrons de rapporter un intéressant fait clinique de la thèse de Guelliot.

OBSERVATION V

Abcès de la marge de l'anus ; tuberculose de la prostate et d'une vésicule séminale ; début de tuberculose pulmonaire (in thèse Guelliot, Obs. VIII).

J... (Désiré), 24 ans. Bons antécédents de famille. A eu des gourmes dans l'enfance, une pleurésie aiguë en 1878. Tonnelier de sa profession, il commet assez souvent des excès alcooliques, depuis six semaines, il tousse un peu et a des sueurs nocturnes. Il est du reste vigoureux et bien musclé. L'auscultation de la poitrine ne révèle que de la diminution de l'élasticité et de l'expiration prolongée au sommet droit. En 1876, alors qu'il n'avait pas eu de rapports sexuels depuis au moins quatre mois, du moins à ce qu'il prétend, il est pris d'un écoulement blanchâtre et empesant le linge.

L'urétrite dure un mois, sans douleur à la miction, puis, au moment de sa disparition, le scrotum enfle à gauche et le malade garde le lit pendant deux jours ; il reprend ensuite son travail et tout symptôme disparaît en 8 jours.

Vers le 15 janvier 1881, un abcès se développe au côté gauche de l'anus ; il s'ouvre spontanément douze jours après et la fièvre et la douleur qu'il avait fait naître disparaissent aussitôt. Le 18 février, le malade entre dans le service de M. Lancereaux et nous constatons les particularités suivantes : à trois centimètres à gauche de l'anus, le stylet pénètre par un orifice irrégulier ; l'instrument remonte peu vers le rectum, mais pénètre dans des diverticules sous-cutanées en avant et en arrière. Le toucher rectal ne produit d'autre douleur que celle que cause la pression sur l'abcès même. On sent sur le lobe droit de la *prostate* un gros noyau dur et assez bien limité : le col de la vésicule correspondant est tendu, dur, mais indolore. Le *testicule* droit est absolument sain ; à gauche il existe au point de réflexion de l'épididyme, un noyau consistant, indolent, du volume d'un pois. Le cordon est intact. Il n'y a plus d'écoulement urétral et il n'y a jamais eu d'hématuries. Interrogé sur l'état de ses fonctions génitales, J..., nous dit qu'il a été peu ardent jusqu'en 1880. A ce moment, il vit avec une femme et a un ou deux rapports chaque jour, puis, vers le mois de novembre, les relations deviennent moins fréquentes et il s'aperçoit d'une diminution notable de ses facultés génésiques. Elles ne sont pas cependant abolies ; il y a encore quelques érections et de très rares pollutions nocturnes. 2 mars. Le décollement a été incisé et on fait des pansements au vin aromatique. On constate de nouveau le *gonflement limité*

de la prostate ; mais la vesicule droite est prise dans toute son étendue ; elle est tuméfiée, saillante, lisse, résistante, non douloureuse. Le noyau de l'épididyme n'a pas changé. J..., ayant quitté l'hôpital le 29 avril, nous n'avons pu suivre plus longtemps la marche de la tuberculose.

Faits anatomo-pathologiques. — L'anatomie pathologique n'a pas peut-être ici toute la valeur désirable : les pièces qui peuvent nous servir à la démonstration concernent des tuberculoses avancées, sur lesquelles l'extension porte à la fois sur le testicule et sur l'épididyme.

En effet, il serait difficile de premier abord de dire d'après ces lésions quel a été le point primitivement atteint ; cependant les faits, constatés par tous les chirurgiens, qu'il n'y a pas de lésions testiculaires sans lésions épididymaires, que les lésions de l'épididyme sont toujours prédominantes et principales et que de plus, dans le testicule, la partie qui est la première atteinte, c'est le corps d'Highmore, région qui est immédiatement afférente à l'épididyme et en continuité directe avec celui-ci, ces faits, disons-nous, prouvent naturellement que la tuberculose testiculaire est toujours secondaire à la tuberculose de l'épididyme qui, de son côté, reçoit le bacille des organes profonds de l'appareil. Thorens dans le Bulletin de la Société anatomique (1870, p 244) cite un cas où

les vésicules séminales et la prostate sont prises à l'exclusion des autres portions de l'arbre génital.

Guelliot a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un sujet de 39 ans, mort de tuberculose pulmonaire et laryngée à la Pitié. Il a trouvé trois gros noyaux caséeux dans chaque rein ; la prostate contenait quatre noyaux tuberculeux en voie de ramollissement dans son lobe droit ; les testicules étaient petits, mais sains, ainsi que les épидидymes.

Les nombreux examens nécropsiques faits par Guyon, par Lancereaux et par beaucoup d'autres auteurs (Levin, Mankiewitch) leur ont démontré la marche de la tuberculose de la prostate vers l'épididyme. Tantôt on trouve des tubercules dans la prostate et les vésicules avec intégrité d'autres portions de l'appareil, tantôt toutes les parties sont prises avec des lésions anciennes de la prostate et des vésicules séminales.

Lancereaux, en 1883, a publié une intéressante observation avec autopsie où on voit clairement l'ancienneté des lésions prostatiques et vésiculaires. Quant à la marche de la tuberculose génitale il dit ceci :

« Cette marche ascendante (de la prostate au testicule) ne doit pas être regardée comme une exception, elle est, au contraire l'expression d'une loi générale signalée autrefois dans notre Atlas d'anatomie pathologique, et dont nous avons pu vérifier la jus-

tesse, depuis lors, dans maintes occasions. Une fois, cependant, nous avions cru lui trouver une exception, mais un examen plus attentif ne tarda pas à nous convaincre que cette exception n'était qu'apparente. Il s'agissait d'un cas dans lequel des masses caséeuses occupaient les deux épидидymes, tandis que la prostate était à peine tuméfiée, et les vésicules séminales en apparence saines. Or, après avoir incisé la prostate, je constatai que cette glande renfermait un foyer caséeux ancien et rétracté, et en examinant les vésicules séminales de plus près, je m'aperçus qu'elles étaient oblitérées par l'adhérence de leurs parois ce qui étaient l'indice d'une lésion ancienne et de l'ulcération évidemment tuberculeuse de leur membrane interne, dont les produits caséeux avaient disparu par résorption. Dans ce cas encore l'altération de la prostate et celle des vésicules séminales était antérieure à celle des épидидymes et des testicules ; ainsi la marche de la tuberculose des voies génitales avait été ascendante. »

L'observation IX de la thèse de Guelliot est un bel exemple de tuberculose primitive des vésicules. Il s'agit d'un homme de 47 ans qui entre dans le service du professeur Gosselin à la Charité, le 1^{er} décembre 1880, pour une fracture des côtes et qui meurt deux jours après. A l'autopsie on trouve que la vessie n'est pas malade, que les reins sont sains ainsi que les testicules et les épидидymes. Seules, de l'arbre génital,

les vésicules séminales sont atteintes par la tuberculose.

Le bulletin de la société anatomique, où sont consignés les résultats de nombreuses autopsies, est un sol fécond où tous les auteurs ont puisé. Nous y trouvons de nombreuses observations qui confirment notre manière de voir.

L'observation de Louis (1825) publiée dans la thèse de Delfau, les observations XII et XIII avec autopsies dans la thèse de Guelliot, les observations publiées dans la thèse de Cayla prouvent que la question de localisation primitive de la tuberculose génitale dans la prostate et les vésicules séminales, n'est pas de date récente.

N'ayant pas eu l'occasion de faire d'autopsie d'individus morts de tuberculose génitale et urinaire, nous allons présenter quelques résultats nécropsiques extraits des observations de Delfau et de Guelliot.

OBSERVATION VI (in thèse de Guelliot)

Tuberculose du poumon, du larynx, de l'urèthre, de la prostate et des vésicules séminales.

Gent... (Augustin), 20 ans, entre le 2 juin 1881 dans le service de M. Polaillon, à la Pitié. Il y a quelques mois, il
Malinsky

survient, sans cause appréciable, une douleur périnéale vive surtout pendant la station assise. Bientôt apparaît, au point douloureux, une tuméfaction, un abcès qui s'ouvre spontanément au bout de quinze jours ; l'ouverture laisse passer du pus mêlé de grumeaux durs, dont quelques-uns ont le volume d'une bille. Pendant quatre mois, il s'écoule de la fistule un pus séreux et filant ; la miction et la défécation restent normales. Le 30 mai, pour la première fois, une partie de l'urine passe par l'ouverture périnéale. La fistule est située à égale distance de la racine des bourses et de l'anus ; son orifice laisse à peine passer un stylet qui pénètre dans une cavité anfractueuse communiquant en arrière avec l'anus. Il n'y a pas de rétrécissement urétral ; ses testicules sont sains ; il y a des signes manifestes d'infiltration tuberculeuse aux sommets des deux poumons. Les symptômes que nous venons d'énumérer persistent sans changement jusqu'à sa mort, survenue le 27 juillet. Elle est précédée de l'aggravation des symptômes pulmonaires : hémoptysies, aphonie presque complète, etc.

Autopsie. Dans le poumon gauche, existent quelques amas de tubercules au sommet ; dans le poumon droit, il y a un semis assez serré de tubercules caséeux, dont les plus gros ont le volume d'une noisette, mais pas de cavernes. On trouve deux tubercules caséeux dans le rein gauche. La portion membraneuse de l'urèthre, dans plus des trois quarts de son étendue, est disséquée et perforée ; elle s'ouvre largement dans une cavité anfractueuse à parois assez indurées, d'un gris sale un peu rougeâtre, communiquant elle-même avec l'ouverture périnéale et la partie terminale du rectum.

Sur la muqueuse de la portion membraneuse et de la

région bulbeuse dans le voisinage de la perforation, on remarque une grande quantité de tubercules, les uns à l'état de cruidité, de la grosseur d'une lentille, les autres ramollis ; il y a de plus une ulcération longitudinale de 8 mm. de longueur sur 3 mm. de largeur.

Le verumontanum est affaissé, ulcéré ; de chaque côté, on pénètre dans un foyer caséeux de la *prostate* par un petit orifice de la largeur d'un grain de millet.

Outre ces deux foyers, une partie de la prostate est occupée par une caverne à contenu caséeux communiquant avec la grande cavité décrite tout à l'heure ; seule, la partie antérieure de la glande est saine.

Les *vésicules séminales* sont infiltrées de matière caséuse.

La *vessie*, les *testicules* et les *épididymes* sont *absolument sains*.

OBSERVATION VII (partielle)

Dans l'observation XIII, Guelliot rapporte l'autopsie d'un malade, mort de tuberculose pulmonaire.

Voilà le résultat de l'examen des organes génito-urinaires. La vessie, très dilatée, emplit le petit bassin, ses parois sont minces, à colonnes saillantes. La *prostate* a au moins trois fois son volume normal ; le lobe moyen fait saillie au niveau du col vésical et forme valvule. Elle est remplie de foyers caséeux. L'urèthre ne présente rien de

spécial. *Les testicules* sont également sains. Les vaginales ont un aspect lavé; le liquide qu'elles renferment (50 gr. environ de chaque côté) est citrin, transparent; au microscope, on n'y voit que quelques flocons de fibrine et de rares cellules épithéliales; des fausses membranes relient les deux feuillets de la séreuse. Des veines dilatées forment une couche presque continue à la surface de *l'épididyme*. Le gauche porte un noyau tuberculeux, du volume d'une fève, au niveau de son extrémité inférieure; le droit en a trois. Une injection poussée par le déférent ne pénètre pas au-delà de la queue. Les *déférents* sont sains dans leurs portions funiculaire et abdominale. La *vésicule séminale gauche* a son aspect normal. Le liquide qu'elle contient est gris, louche, avec de nombreux leucocytes et sans spermatozoïdes; l'éjaculateur correspondant s'ouvre à droite du verumontanum. La *vésicule droite*, très dure, est adhérente au déférent et à l'aponévrose prostato péritonéale qu'on ne peut détacher. A la coupe elle apparaît comme un bloc fibreux à la surface duquel tranchent quelques ilots blancs qui font saillie. Ceux-ci sont bien limités, creusés à leur centre d'une cavité à parois déchiquetées et tomenteuses. Les épaisses cloisons fibreuses qui les séparent et qui forment plus de la moitié de la masse totale contiennent quelques vaisseaux visibles à l'œil nu. Cette transformation fibreuse est moins prononcée vers le col de la vésicule. Là il existe une masse de substance caséeuse se prolongeant dans *l'éjaculateur*, qui paraît injecté au suif.

Celui-ci s'ouvre à gauche du verumontanum. Les deux éjaculateurs sont donc entrecroisés à leur extrémité terminale. Cette déviation, qu'on peut faire disparaître en intro-

duisant une soie dans les deux canaux, est le fait d'une véritable torsion du verumontanum, qui paraît due elle-même au développement des tubercules de la prostate et de l'éjaculateur gauche.

OBSERVATION VIII (Partielle)

Dans ses recherches anatomico-pathologiques, Louis donne le résultat d'une autopsie d'un individu mort de tuberculose pulmonaire. Nous lui emprunterons la description des lésions génitales (in thèse de Delfau, 1874).

La *prostate* avait ses dimensions ordinaires et se trouvait presque entièrement transformée en matière tuberculeuse, presque entièrement ramollie. Les *vésicules* séminales étaient dures, un peu plus volumineuses que dans l'état normal, et remplies d'une matière tuberculeuse très ferme, divisée par des cloisons correspondant à celles qui existent ordinairement. Ces cloisons étaient dures, grisâtres, épaisses de plus d'un millimètre et semblables aux parois des vésicules. A partir du col de ces dernières, et dans la longueur de trois pouces, les *conduits déférents* avaient deux lignes et demie de diamètre environ et la résistance d'une corde tendue. Leur largeur décroissait un peu en partant du terme indiqué. Leurs parois étaient doublées d'épaisseur, d'un gris presque entièrement opaque, comme celle des vésicules, et leur canal rempli dans l'espace

indiqué, d'une matière tuberculeuse ferme et nullement ramollie. *Au-delà tout était dans l'état naturel.*

Fait expérimental. — Voici une expérience bien probante de la prédilection du bacille pour les vésicules séminales, expérience faite par Péron qui s'occupait beaucoup de la tuberculose des séreuses, et dont le résultat était communiqué à la Société Anatomique (Bull. de la Soc. An. 1898, p. 599). Cette expérience était destinée à montrer la virulence des exsudats tuberculeux humains séro-fibrineux — mais il est deux détails qui nous intéressent particulièrement parce qu'ils apportent à la thèse que nous développons un argument bien solide. Péron inocule dans un péritoine d'un cobaye 25 centilitres d'un liquide séro-fibrineux provenant d'une pleurésie tuberculeuse de l'homme. Au bout de trois mois parut une double orchio-épididymite. Le cobaye meurt au bout de huit mois, et à l'autopsie on trouve des lésions tuberculeuses, localisées exclusivement dans les vésicules séminales, les épидидymes et les testicules. Il faut bien remarquer qu'il n'y avait de tuberculose que là ; il n'y en avait ni dans le foie, ni dans le poumon — organes richement vascularisés. Cette constatation indique : 1^o que les voies génitales n'ont pas été infectées par la voie sanguine, car s'il en était ainsi, il serait bien naturel de trouver des bacilles et des lésions bacillaires dans les organes les plus vasculaires foie, poumons, — surtout cela prouve ;

2° que les vésicules ont pu être contaminées directement par une injection intra-péritonéale de culture tuberculeuse, et que de là les lésions se sont propagées aux testicules.

C) *La tuberculose se propage de la prostate ou des vésicules au testicule par la voie déférentielle*

Dans le précédent chapitre nous avons montré que ce sont toujours la prostate et les vésicules qui sont primitivement atteintes dans la tuberculose génitale. Comment le bacille arrive-t-il au testicule ? Le seul chemin logique et commode pour l'ennemi c'est la voie déférentielle. Quelques auteurs, parmi lesquels M. Reclus, trouvent une objection à ce mode de propagation en indiquant la discontinuité des lésions dans le canal déférent. Il est vrai que les canaux déférents sont toujours modifiés à leurs deux extrémités et plus rarement dans leur portion moyenne, mais le même fait s'observe dans la blennorrhagie ; le bacille de Koch peut faire la migration sans créer de produits morbides. Sébilleau, dans un article sur la pathogénie des orchites (Arch. gén. de médecine, 1898), dit ceci : « J'accepte même pour les cas où l'on ne peut découvrir, si léger qu'il soit, aucun des symptômes révélateurs de la déférentite, qu'on est en droit d'appliquer dans un certain nombre de cas l'ingé-

nieuse, quoique toute théorique hypothèse de Molière et Augagneur qui prétendent que le gonocoque peut accomplir sans arrêt la traversée déférentielle, négligeant les haltes intermédiaires, pour faire route vers l'épididyme où il aboutit, séjourne et se multiplie, parce que cet épididyme lui fournit un meilleur bouillon de culture ». C'est par les détérents que migrent les bacilles et arrivent à la queue de l'épididyme où on trouve les premières lésions qui se propagent au corps de l'épididyme et de là au testicule. Si on admet que le bacille se localise primitivement sur la prostate et les vésicules, il est impossible d'admettre une autre voie que la déférentielle pour arriver au testicule, autrement nous ne pourrions pas expliquer les altérations des canaux détérents qui sont toujours bien marquées à leur extrémité vésiculaire.

Nous savons que tous ceux qui prétendent que le testicule ou l'épididyme sont atteints primitivement, admettent la voie sanguine. Peut-on la nier ? Chez les enfants on l'admet volontiers, le testicule chez eux est pris plus souvent que l'épididyme (Hutinel) et aussi la prostate est chez eux en voie de formation et ne peut pas servir de foyer au bacille. D'autre part, Hutinel et Deschamps ont démontré que les canaux séminifères chez les enfants sont peu développés et ne peuvent pas servir de voie de pénétration. Chez les enfants on admet encore la voie vagino péritonéale par laquelle le bacille infecte d'a-

bord la vaginale et ensuite le testicule. Quant à l'épididyme il est difficile d'admettre que le bacille y arrive directement par le sang ; car l'épididyme est très pauvre de sa vascularisation. Legueu dit à ce sujet : « La tuberculose gagne plus souvent le testicule par la voie déférentielle que par la voie sanguine. Assurément je ne peux pas refuser au testicule le droit de recevoir de ses vaisseaux sanguins le bacille de Koch, qui va l'infecter, mais ce que je soutiens, ce que j'affirme, c'est que les bacilles suivent rarement cette voie ; car s'il en était ainsi, je ne pourrais expliquer ni la préexistence, ni la prédominance des lésions épидидymaires, c'est-à-dire de la partie du testicule la moins vascularisée, la plus dépourvue au point de vue de la circulation ».

M. Sébilleau dans son article sur « La pathogénie des orché-épididymites, » en discutant les différentes voies d'accès pour la tuberculose testiculaire, s'exprime ainsi : « l'on conçoit bien qu'en parlant comme je viens de le faire, je n'entends pas affirmer que la tuberculose ne puisse atteindre le testicule par les vaisseaux sanguins, mais que je désire seulement montrer quelles solutions différentes sont raisonnablement applicables au problème compliqué de la genèse des orché-épididymites qu'elle provoque. »

Toutes les observations ont noté qu'au testicule et à l'épididyme les plus atteints correspondent presque infailliblement le lobe prostatique et la vésicule

les plus atteints. En général, les lésions sont unilatérales : sur 79 cas, 21 fois les lésions étaient bilatérales (Reclus), sur 17 cas, 5 fois, bilatéralité chez les enfants (Julien) et sur 19 cas chez Hutinel, les lésions étaient toujours unilatérales (enfants).

Dans nos 30 cas, nous avons constaté seulement 4 fois la bilatéralité. Le cas publié par Siredey et cité par Guelliot est un bon exemple d'unilatéralité des lésions. C'est un sujet de 42 ans, mort phthisique, les organes génitaux étaient intacts à gauche, tandis qu'à droite il y avait des masses caséeuses dans la prostate, dans la vésicule et l'épididyme. Cette fréquence d'unilatéralité n'implique-t-elle pas l'idée de propagation déférentielle ? Le cas cité par Legueu où on surprend la lésion sur le canal déférent en train de se propager à l'épididyme, ne peut-il pas nous servir de preuve que la voie déférentielle est celle que le bacille de Koch choisit pour arriver à la glande séminale ?

Cayla, en parlant de la voie suivie par le bacille dans la tuberculose génitale, dit ceci : « Il ressort, en effet, de l'étude des cas que nous avons recueillis que la tuberculose génitale suit une marche ascendante de la prostate au testicule ; une lésion tuberculeuse d'une portion de ces canaux suppose toujours une lésion de même nature située au-dessus. Mais nous objectera-t-on, dans l'infection génitale, la propagation se fait donc contrairement à la loi générale qui veut que le transport se fasse dans le sens du courant du

liquide qui charrie l'agent infectieux puisqu'il marche contre le courant du sperme ? Nous répondrons que dans les voies génitales, le courant est, non pas rétrograde, mais indifférent, et que ce n'est que d'une façon intermittente que le sens du courant s'affirme au moment de l'éjaculation. La stagnation des produits, les anfractuosités que présentent ces conduits sont des conditions éminemment favorables à l'inoculation et au développement des produits infectieux. Le fait de propagation contre le courant du sperme se produit également dans la blennorrhagie ; il y a là évidemment des conditions de circulation inhérente à ces conduits qui semblent favoriser ce mode de propagation en apparence anormal. »

D) *Les voies par lesquelles le bacille de Koch peut arriver à la prostate et aux vésicules*

Nous avons déjà établi que la tuberculose génitale se localise primitivement dans la prostate et dans les vésicules séminales. Il nous reste encore à étudier les voies par lesquelles le bacille peut y être amené.

Voie circulatoire. — C'est probablement par la voie sanguine que le bacille est le plus souvent apporté à la région prostatovésiculaire. Le bacille se répand dans l'économie par la circulation ; les travaux de Keller, de Weichselbaum, de Stecker, d'Ulcassis, de

Durand-Fardel et d'autres auteurs rendent évidente la présence du bacille dans le sang. On sait que les premières localisations bacillaires se font dans les régions vasculaires : poumons, foie, reins, péritoine, méninges. La région prostatovésiculaire répond bien à cette condition, car d'une part la vascularisation en est très riche et d'autre part la localisation y est favorisée par la circulation veineuse directe qui permet à ce niveau une stagnation facile. Il suffit d'indiquer l'expérience de Clado pour voir que le bacille choisit pour sa propagation dans l'organisme la voie sanguine. Cet auteur fait un traumatisme à la vessie d'un cobaye et injecte des bacilles sous la peau de l'oreille ; la vessie se tuberculise. Cette expérience, comme celle de Schultze (os, articulations), celle de Simmonds (épididyme), démontre aussi l'importance du traumatisme pour la localisation primitive.

Voie uréthrale. — Elle fut invoquée une des premières : on a admis que la tuberculose pouvait se transmettre à la suite des rapports sexuels. Conheim, Verneuil, Verchère, Fernet, Lancereaux ont admis ce mode de migration du bacille, et quelques faits cliniques ont semblé confirmer cette théorie. Les expériences faites par le professeur Cornil n'ont pas été démonstratives. Les auteurs, partisans de cette théorie, ont voulu voir une analogie avec la propagation du gonocoque. Il est difficile d'admettre ce mode de migration, car la tuberculose génitale chez la femme

est très rare. Il est tout à fait exceptionnel de rencontrer la tuberculose de la verge, de la région balano-préputiale. Enfin, l'urine seule suffirait, il nous semble, pour balayer l'ennemi quelques fois par jour. Jamais on n'a trouvé le bacille tuberculeux parmi les bacilles qui habitent normalement l'urèthre. Tout, en effet, semble s'accorder pour rendre très improbable l'infection tuberculeuse de la région vésiculo-prostatique par l'urèthre.

Voie rénale. — Les faits cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentaux ont permis à Cayla de démontrer la localisation primitive du bacille dans les reins. Les observations qu'il a rapportées indiquent clairement que les lésions rénales se propagent par les uretères à la vessie, de là à l'urèthre postérieur et par les canaux éjaculateurs à la prostate et aux vésicules. Nous admettons volontiers cette voie quand la tuberculose génitale est secondaire à la tuberculose des voies urinaires. Au dernier Congrès International de médecine la question de localisation primitive du bacille dans la tuberculose génito-urinaire a reçu sa solution définitive et tous les chirurgiens reconnaissent la nécessité de pratiquer la néphrectomie hâtive et précoce pour la tuberculose primitive du rein. Ainsi on est revenu aux idées de Cayla que Villard a voulu détrôner. Dans les autopsies, Hallé l'a remarqué, il est facile de reconnaître que beaucoup de tuberculoses urinaires classées comme ascendante, ont en réalité

commencé par le rein : les lésions de la vessie sont récentes, les lésions du rein sont déjà très anciennes. Il est vrai que les néphrectomies qu'on pratique dès le début arrêtent le mal et la guérison est certaine. (Legueu).

Pourtant, M. Legueu n'a jamais vu la prostate infectée par la vessie, comme le prétendait Dolbeau, c'est toujours le contraire qu'il a observé, ce que confirme notre observation I. En effet, on peut bien admettre que le bacille venant du rein s'arrête rarement dans la vessie et est ramené à la prostate par les canaux éjaculateurs.

Voie lymphatique. — Elle est sûrement très rare. Sappey dit que les vaisseaux lymphatiques sont nombreux dans les vésicules : ils s'anastomosent à leur surface et donnent naissance de chaque côté à deux ou trois troncs qui vont se jeter dans les ganglions situés sur les parties latérales de l'excavation du bassin. « L'anatomie pathologique autoriserait, dit Guelliot, à décrire d'autres ganglions logés dans l'aponévrose péritonéale. » En effet, M. Lannelongue, en disséquant les organes d'un enfant de neuf ans atteint d'une tuberculose génito-urinaire (reins, prostate et vessie) a vu, à ce niveau, six ganglions ayant le volume d'une lentille à un gros pois. Ces ganglions étaient enflammés, rouges, mais sans tubercules. L'un était accolé à l'uretère droit, les autres étaient en dehors et en arrière des vésicules séminales dans

le tissu cellulaire qui les sépare du rectum. Chez un autre sujet de quatre ans, une série de ganglions échelonnés sur le même point formaient un chapelet irrégulier qui se continuait au niveau du cul de sac péritonéal avec d'autres ganglions placés sur les parties latérales du rectum. L'auteur se demande si les vaisseaux afférents de ces ganglions ne viennent pas, en partie du rectum, en partie des vésicules et de la prostate et si leur inflammation n'est pas le point de départ d'abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur.

Voie rectale. — Le bacille de Koch peut-il traverser les parois rectales pour arriver à la prostate et aux vésicules ? Nous croyons qu'on peut admettre cette voie, mais ne pas la croire fréquente. Chez les tuberculeux la muqueuse rectale est un vrai foyer des bacilles qui lui sont apportés par les matières fécales. Et combien sont fréquentes les fistules anales chez les tuberculeux ? Mais il est rare, d'autre part, de voir les ulcérations tuberculeuses du rectum associées aux tubercules prostatiques.

Voie péritonéale. — Le péritoine peut-il infecter la prostate et les vésicules ? On admet bien que le testicule chez les enfants peut s'infecter par propagation des lésions péritonéales à travers le canal vagino-péritonéale.

L'expérience de Péron, que nous avons citée plus haut, prouve bien la contamination vésiculaire par le péritoine après l'injection d'une culture bacillaire. Le

péritoine étant souvent frappé par la tuberculose même chez les adultes, ne pourrait-on pas admettre qu'il puisse infecter les vésicules séminales par contiguité ?

Terrain. — Il ne suffit pas du contact de bacille avec la région prostatovésiculaire pour que les lésions se développent : il faut que le terrain soit préparé, qu'il se trouve en état de réceptivité. Les traumatismes de cette région sont rares, mais les infections d'ordre chronique, comme ancienne prostatite blennorrhagique, les excès vénériens, les irritations locales produites par le passage du bol fécal chez les constipés peuvent être chez les prédisposés l'occasion d'une localisation tuberculeuse. Ce fait de la greffe d'une tuberculose sur une infection ancienne dont M. Guyon avait constaté la réalité clinique, trouve aussi dans l'expérimentation sa confirmation et son interprétation. Aussi Humbert admet-il la transformation des adénites vénériennes en adénites tuberculeuses.

Nous nous croyons autorisé, après cette courte discussion, à rejeter la voie uréthrale pour admettre seulement les voies sanguine, rénale, lymphatique, rectale et péritonéale. Quelle que soit la voie par laquelle le bacille est amené à la région prostatovésiculaire, il faut que le terrain soit fécond pour que la tuberculose se développe.

III. — Traitement

A. La tuberculose du testicule a, comme toute tuberculose locale, et peut être plus que les autres, épuisé la série de moyens thérapeutiques, médicaux et chirurgicaux. Autant d'opérateurs, autant d'opérations; toutes sont excellentes, car toutes elles ont donné des succès. Et pourtant le moment venu d'agir, le chirurgien reste souvent indécis, car il sait, que s'il obtient même une guérison, elle n'est pas durable, la récurrence est plus que possible. Nous n'avons pas la prétention d'indiquer ici un procédé qui assure un succès complet, une guérison radicale. L'autorité d'un grand nombre de nos devanciers qui n'ont pas pu fixer ce point d'une façon précise et définitive nous interdit tout espoir d'y mieux réussir. Nous voulons indiquer le traitement conforme à la pathogénie que nous avons étudiée dans le précédent chapitre.

Faisons une courte revue des traitements chirurgicaux proposés jusqu'à maintenant. Ils sont de deux catégories : méthode non sanglante et sanglante.

Méthode non sanglante. — Les chirurgiens pendant longtemps employaient, surtout à la période de crudité des tubercules, des moyens révulsifs et topiques sur le scrotum : teinture d'iode, pommades mercurielles, emplâtre de Vigo. Plus tard on a eu recours aux caustiques, surtout, à la période de suppuration, quand on voulait vider les abcès, après l'application des cataplasmes. Ce procédé était, jusqu'à vers 1850, le procédé de choix. Dupuytren employait le trochisque de minium ou le nitrate acide de mercure pour cautériser les trajets fistuleux. La pâte de Canquoin, la potasse, le nitrate d'argent figuraient parmi les préparations caustiques. Thierry, Philippeaux, Delpech, Boyer, Velpeau employaient des caustiques qui à cette époque étaient en vogue.

Plus tard c'est la cautérisation ignée qui entre en scène ; elle était préconisée par Velpeau en 1851. Cette méthode de cautérisation comme celle de caustiques déterminait des fistules longues à réparer. Verneuil était fidèle à ce procédé ne voulant pas recourir au bistouri, de peur d'ouvrir des vaisseaux et d'avoir une infection. Il cautérisait profondément et espérait déterminer la régression des lésions prostatiques. Larrey suivit l'exemple de Verneuil et vanta ce procédé. La thèse d'Auboin (1873) expose la technique et le résultat de ce traitement. En effet, il faut le reconnaître, le thermocautère stérilise sur place et par rayonnement le foyer tuberculeux. Dans les thèses

d'Euvrard (1893) et de Degrenne (1896-97) nous trouvons exposées les idées de Reynier et de Isch-Wall sur un procédé de cautérisation ignée profonde connu sous le nom de « Destruction ignée du testicule ». Monod et Terrillon se prononcent contre l'ignipuncture profonde, surtout quand il s'agit des noyaux indurés de l'épididyme ou du cordon, noyaux non encore dégénérés et qui ne sont pas encore en voie de ramollissement et de suppuration.

On a essayé le traitement du testicule tuberculeux par les injections de naphtol camphré (Deboul 1891), de l'éther iodoformé, de glycérine iodoformée et enfin par les injections de lymphé de Koch. De beaux résultats ont été donnés par la méthode sclérogène de Lannelongue qui a pour but « d'immobiliser les bacilles dans du tissu fibreux et de les rendre inertes ». Degrenne dans sa thèse rapporte quelques observations où la guérison fut obtenue grâce à cette méthode: Coudray, Ozenne, Desnos vantent beaucoup ce traitement.

A l'heure actuelle on a encore recours aux procédés que nous venons de décrire, mais on les associe le plus souvent au traitement chirurgical sanglant.

Méthode sanglante. — Bérard, en 1843, proposa d'ouvrir les collections purulentes au bistouri ou de débrider largement les foyers tuberculeux en voie de formation et au moyen de pressions latérales il faisait sortir la matière caséuse. C'est un procédé qui laisse

à désirer, car il persiste toujours des fistules qui épuisent le malade, et si la guérison survient ce n'est qu'après un temps assez long. L'élimination des produits tuberculeux était facilitée, mais la poche génératrice de la suppuration restait, donc guérison complète impossible. Néanmoins ce procédé fut employé par tous les chirurgiens de la période préantiseptique et on voit dans les observations de Dufour que c'était le procédé préféré. Malgaigne, comprenant le rôle physiologique et moral du testicule, agissait de la même façon que Bérard. Ces deux chirurgiens peuvent être considérés comme les premiers promoteurs des opérations conservatrices. Chassaignac ajouta au débridement le drainage consécutif. Hugonnet dans sa thèse de 1877 se prononce très favorablement pour cette méthode,

L'excision pure et simple de tous les tissus malades épидидymaires et testiculaires était proposée par Astley Cooper et Curling, mais elle ne donnait pas de bons résultats, car les fistules ne tardaient pas à venir et affaiblissaient le malade.

Volkman après l'ouverture des abcès faisait un grattage soigneux. A. Cooper préconisait cette méthode le premier. Il ouvrait la collection, enlevait les fongosités à la curette et modifiait les tissus des parois par le thermocautère ou par l'application du chlorure de zinc. Avec cette méthode, qui d'ailleurs ne peut être applicable qu'à un noyau limité, on n'est

jamais sûr, car on risque de laisser des tissus malades.

M. Quenu dans ces dernières années a repris cette méthode et l'a perfectionnée. Il met la partie malade à nu au moyen d'une incision, puis avec une curette il extirpe les foyers quelle que soit la période de leur évolution. La plaie ainsi nettoyée et cautérisée au chlorure de zinc est suturée au catgut, si les parties molles de la poche sont saines, ou bourrée de gaze iodoformée si la suture est impossible. Cette méthode connue sous le nom de « curettage réglé » a donné de bons résultats (thèse de Chevrolle, 1896). M. Duplay enlève au bistouri le tissu malade en empiétant sur le tissu sain pour détruire complètement le foyer et la membrane tuberculogène. L'auteur a présenté au Congrès International de médecine de Moscou, 10 observations où les résultats obtenus furent excellents (thèse de Mac Guffie, 1897).

Comme nous venons de le voir toutes ces méthodes ont pour but de conserver le testicule dont le rôle physiologique et moral est maintenant bien connu. Nous dirons encore quelques mots de la *castration*.

Cette méthode est la plus vieille en date. A l'époque où on croyait que la tuberculose est susceptible de se transformer en cancer ou qu'elle était du cancer, on comprend les abus qu'on en faisait. Les travaux de Laënnec et le triomphe des unicistes ont eu une heureuse influence sur ces abus. D'autre part, la grande mortalité (25 pour 100) à la suite de cette

opération, les fortes hémorrhagies et les infections par ouverture des vaisseaux ont fait complètement abandonner cette méthode. En 1870, avec l'ère d'antisepsie la castration est nouvellement reprise et on en étudie les indications. Les fréquentes récidives après l'ablation simple du testicule, les perturbations morales et intellectuelles après castration double ont forcé les chirurgiens à y avoir recours le moins souvent possible.

Il suffit de lire l'observation complète publiée par Paul Delbet, dans les *Annales des Maladies Génito-urinaires*, 1900, septembre, p. 985, pour comprendre combien est grave la castration par ses suites et pour se convaincre que les récidives sont constantes.

Il s'agit d'un malade, âgé de 29 ans, qui avait les deux testicules tuberculeux et un état général grave — on lui enleva le testicule le plus malade et l'opération demeura insuffisante ; — deux mois après la première castration, il a subi l'ablation du second testicule. « Les lésions testiculaires avaient sur l'organisme, dit Paul Delbet, un retentissement tel qu'il semble bien que l'abstention eût été un arrêt de mort. Il faut que le chirurgien ait la main forcée pour courir les risques des troubles psychiques graves qui suivent la double castration. » Cette double castration qui était suivie des troubles psychiques très graves, idées noires, dégoût de l'existence, n'a même pas été radicale, car deux ans après le malade est revenu avec des foyers développés dans les déférents qu'on était forcé de

réséquer dans une grande étendue (jusqu'aux vésicules).

En effet, l'an dernier à la Société de Chirurgie, la castration n'a été soutenue que par MM. Berger, Reynier et Tuffier et encore dans les cas déterminés. Les chirurgiens sont devenus plutôt abstentionnistes qu'interventionnistes. On admet la castration dans les cas de nécessité, quand aucun autre traitement ne peut sauver le testicule, quand la suppuration est très abondante et les fistules multiples. Les malades eux-mêmes savent bien les suites que cette grave opération peut avoir sur leur existence prochaine, sur leur sens génésique et ne se laissent pas facilement convaincre. Rarement un malade voudra perdre ses testicules pour quelques petits noyaux des épидidymes. Il est forcé de s'en séparer dans la forme hypertrophique décrite par Tuffier et dans les cas de fortes suppurations. En général la plupart des chirurgiens sont devenus économes et enlèvent le moins de tissu glandulaire possible pour donner une satisfaction morale au malade et encore, chose très importante, pour sauvegarder une fonction particulière du testicule qui, à la façon des glandes thyroïde, thymus et capsules surrénales, verse dans le sang des produits qui stimulent notre énergie musculaire et nerveuse (Brown — Séquard). Sébileau dans son article sur « la pathogénie des orchites » (Arch. Gén. de méd. 1898), en parlant du testicule comme d'une véritable glande

interne, rapporte à ce sujet l'opinion de Charrin.

« La spermine, dit Charrin, facilite les oxydations, partant, abaisse la toxicité des poisons internes ou microbiens et défend l'économie contre les infections ; il semble aussi que la sécrétion interne du testicule, comme celle du thymus, du corps thyroïde, du pancréas qui renferment des matières protéiques, des ferments, des composés alcaloïdiques, agisse par des procédés antitoxiques ». C'est pour sauver cette fonction importante que les esprits logiques ont cherché d'autres méthodes qui, présentant moins de danger, donnent de meilleurs résultats dans le traitement de la tuberculose testiculaire. Ce sont des opérations connues sous le nom de « conservatrices, partielles ou économiques ». Quelques-unes ont été décrites plus haut ; maintenant il nous reste encore à décrire l'épididymectomie qui doit être considérée comme une opération de choix.

B. *Epididymectomie*. — Des constatations que nous avons faites dans le chapitre de pathogénie découlent au point de vue thérapeutique deux notions importantes. La première, c'est que la tuberculose testiculaire est une tuberculose locale, mais propagée. C'est une localisation à deux foyers, et les interventions destinées à traiter la tuberculose du testicule devront être ou partielles, dirigées à une partie des lésions et dans ce cas elles seront d'indications assez restreintes, ou complètes en s'étendant à la fois au

foyer profond et au foyer superficiel, ce qui est peut-être plus logique, mais plus difficile à remplir. La seconde notion à tirer est la suivante : la tuberculose dans le testicule est une lésion primitivement épидидymaire qui laisse la glande longtemps intacte, les produits tuberculeux ne s'étendent que tardivement aux testicules, et quand ils y arrivent, ils sont plus marqués sur l'épididyme et sur le canal déférent. D'où cette conséquence que l'opération de choix pour la tuberculose testiculaire, c'est l'ablation de l'épididyme altérée avec conservation du testicule.

Non seulement l'anatomie pathologique et la pathogénie nous permettent cette façon d'agir, mais aussi la physiologie qui nous montre les avantages de la conservation d'un testicule même privé du canal déférent. M. Legueu développe très bien ces raisons dans un article sur les « Opérations conservatrices dans la tuberculose testiculaire » (*Revue Internat. de chir. et de méd.* 1899, octobre) :

« Il y a une grande différence entre un castré et un individu qui a perdu son épидidyme et conserve ses testicules : malgré que la fonction extérieure du testicule soit perdue dans le second cas, la glande continue cette sécrétion interne que Brown-Sequard a découverte, et qui fait que les fonctions génitales s'exécutent chez notre malade, comme si rien d'anormal ne s'était passé. On ne doit faire la castration qu'en cas de force majeure, et chercher à conserver à

tout prix le testicule et cela aussi bien dans la tuberculose unilatérale que dans celle qui frappe les deux côtés ». On comprend bien les désastres qui résultent d'une castration double. Aussi les chirurgiens sont-ils tous d'avis qu'il ne faut pas aller à la légère et bien peser la décision qu'on prend. MM. Berger, Reynier et d'autres enlèvent le testicule croyant qu'ils assurent l'innocuité à celui qui reste. Bazy, Routier, Delbet, Potherat ont démontré combien sont fréquentes les récidives, elles sont presque constantes. Donc il ne faut pas enlever le testicule sous prétexte que les lésions sont unilatérales ; car on sera forcé un jour ou l'autre d'intervenir sur le testicule resté sain et on regrettera la mauvaise besogne. Et cette autre raison que les partisans de la castration invoquent, qu'avec l'ablation du testicule on constate presque toujours la régression des lésions prostatiques et vésiculaires ! Personne ne le nie, mais le même résultat est aussi obtenu avec un sacrifice moins important, par l'ablation de l'épididyme.

La transformation des lésions prostatiques et vésiculaires en tissu fibreux se fera, la résorption des produits morbides s'effectuera peu à peu, car l'organisme, débarrassé des foyers principaux, pourra lutter avec succès avec des ennemis dont le nombre est de beaucoup diminué. « Les lésions prostatiques, dit Legueu, ne doivent pas servir de contre-indication, car elles sont constantes, elles sont presque toujours

améliorées après l'épididymectomie et on a rarement à faire le grattage de cet organe ou l'excision des foyers tuberculeux. »

Dans les thèses de Dimitresco (1897) et d'Audebal (1898) nous voyons que les résultats éloignés de cette opération sont très bons. Les malades revus ont tous présenté un bon état général et leur satisfaction morale était complète. Donc avec la suppression de l'épididyme il n'y a pas à craindre les funestes conséquences de la castration. Le malade conserve la sécrétion interne, l'opération peut se faire de deux côtés, s'il le faut et, enfin, ce qui est très important pour le malade, il conserve la forme extérieure, un fonctionnement suffisant, et avec cela tout le contentement moral qui en résulte naturellement. Voilà pourquoi, nous croyons l'épididymectomie supérieure à la castration, et la recommandons comme opération de choix.

D'après Legueu la conduite du chirurgien devant une tuberculose testiculaire doit être la suivante. On doit toujours au début de l'affection commencer par le traitement général, car les lésions tuberculeuses restent souvent stationnaires et peuvent rétrocéder. Si le noyau épидидymaire ne disparaît pas tout à fait, il se condense et durcit et marque toujours la place qu'à envahie le bacille. Pour lui, il faut respecter les tuberculoses torpides sans progression, sans tendance à l'extension, sans ramollissement, sans fistule. Dans

ce cas le traitement général donne des résultats et nous avons suivi à la consultation de Saint-Louis quelques malades qui ont présenté cette forme torpide et qui ont été notablement améliorés avec un traitement général intensif. Ce n'est que dans les tuberculoses fistuleuses et après un échec du traitement général, quand les lésions s'étendent progressivement, lorsque la tuméfaction épидидymaire s'accroît, lorsqu'elle devient volumineuse, gênante et douloureuse qu'il faut intervenir. Quant au canal déférent qui est presque toujours atteint il faut le supprimer dans une plus grande étendue possible en même temps que l'épididyme.

Si les lésions s'étendent au testicule, ce qu'il est très facile de voir au cours de l'ablation de l'épididyme, on poursuit avec la curette les foyers intratesticulaires aussi loin qu'il est nécessaire, cherchant à conserver le plus de parenchyme glandulaire possible et dans le cas où le testicule ne présente qu'une poche remplie de matière caséeuse, il faudra se décider à l'enlever (Legueu).

L'épididymectomie — ou ablation de l'épididyme — peut être totale ou partielle, simple ou double. Elle peut être accompagnée d'une résection du canal déférent — déférentectomie et même d'une ablation de la vésicule séminale — vésiculectomie. C'était Bardeheuer qui le premier fit l'épididymectomie complète en 1880. Il fut suivi en France par le Professeur Ville-

neuve qui pratiqua sa première épидidymectomie totale en 1889 à la Clinique de l'Hôtel-Dieu à Marseille. D'autres après lui ont essayé cette méthode : Duplay, Tillaux, Humbert, Lejars, Pujol, Legueu et tous il ont eu à se louer de cette excellente intervention. Les thèses de Fays, de Mac-Guffie, de Dimi-tresco, d'Audebal, de Platon contiennent de nombreuses observations avec description détaillée des procédés opératoires. Tous les procédés inventés se ressemblent au fond et poursuivent tous le même but c'est de conserver le testicule. Dans l'observation qui va suivre sera décrit le procédé employé par Monsieur Legueu.

OBSERVATION IX, par le Dr F. Legueu (in thèse Audebal)
Double épидidymectomie pour tuberculose

Au mois de septembre 1897 entrant, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Nélaton, que j'avais l'honneur de remplacer, un malade porteur de deux épидidymites chroniques.

Agé de 28 ans, n'ayant eu aucune blennorrhagie, il avait vu il y a quatre mois, une tuméfaction se former sur le testicule du côté droit. Il n'y fit aucune attention, il n'en souffrait d'ailleurs aucunement. Depuis deux mois cependant une même tuméfaction est apparue du côté gauche. Malgré cela, le malade a pu continuer à travailler en por-

tant un suspensoir. Mais depuis quelques semaines il remarque que des deux côtés la tuméfaction s'accroît ; il éprouve quelques pesanteurs, et préoccupé il demande à entrer à l'hôpital. A l'examen voici ce que l'on constate. A droite et à gauche, il existe une tuméfaction à peu près identique qui porte exclusivement sur les épидидymes. Des deux côtés l'épididyme est augmenté des deux tiers de son volume, et forme une masse irrégulière et dure coiffant le bord postéro-supérieur du testicule. Des bosselures multiples et fines hérissent sa surface ; la queue est un peu plus volumineuse que la tête. La lésion est un peu plus marquée à droite, mais la différence est peu sensible. La douleur à la pression est nulle.

Le testicule est souple et normal ; il a conservé sa sensibilité particulière. On ne sent à sa surface ni indurations, ni bosselures. A droite il y a un peu de liquide dans la vaginale. A gauche la séreuse est indemne, ou du moins ne présente aucune altération appréciable au palper.

Le canal déférent est confondu en bas avec la tuméfaction de l'épididyme dont il est impossible de le séparer. Mais au-dessus quand il s'en dégage, on le trouve à droite bosselé, déformé et induré jusqu'au-dessus du testicule. A gauche, au contraire, il est régulier et non déformé. Le cordon lui-même ne présente aucune altération. Le scrotum est souple sans fistules ; il n'y a même pas trace d'adhérence. Ces indurations bosselées de l'épididyme rappelaient très exactement la tuberculose ; il n'y avait rien dans l'urèthre pour les expliquer et le malade n'avait jamais eu la blennorrhagie.

La syphilis ne pouvait non plus être invoquée ; le malade

n'avait eu aucun accident, et on ne voyait sur son corps la trace d'aucune manifestation susceptible d'être taxée de syphilitique. D'ailleurs le toucher rectal révélait quelques lésions, légères il est vrai, de la prostate et des vésicules. A droite il y avait un petit noyau sur le bord de la prostate, et on sentait une induration limitée, mais très accentuée à l'embouchure de la vésicule séminale du même côté. A gauche on ne trouvait rien d'anormal.

Le diagnostic n'était donc pas douteux : épididymite tuberculeuse double à évolution chronique, déférentite partielle, prostatite et vésiculite.

D'ailleurs le sujet avait quelques prédispositions à la tuberculose, bien qu'elle n'eût jusqu'alors aucune maladie sérieuse et que les poumons et ses viscères soient intacts, un de ses frères est mort de la poitrine. Du côté de ses parents il n'y a rien d'intéressant à noter.

Je me proposai de traiter cette épididymite tuberculeuse par l'ablation, malgré que la prostate fut prise ; les épididymes infectés allaient constituer de nouveaux foyers qui sans doute allaient suppurer et entraîner une fistule persistante.

L'opération acceptée par le malade fut pratiquée le 14 septembre par un procédé un peu particulier que voici :

Après anesthésie et antisepsie de la région, le scrotum est relevé sur l'abdomen. Une incision médiane et verticale est tracée sur le raphé postérieur du scrotum et conduit dans le tissu cellulaire sous-cutané, sur la saillie du testicule droit qui bombe dans la plaie, j'incise toutes les enveloppes communes et propres, et j'arrive sur le testicule lui-même que j'énuclée à l'extérieur.

L'épididyme est reconnu et enlevé au bistouri de la tête vers la queue, par section simple de ses connexions vasculaires et testiculaires. Le canal déférent est isolé sur toute la longueur de la portion indurée et enlevé (environ 5 centimètres).

Au cours de cette excision la vaginale a été ouverte. J'excise complètement le feuillet pariétal aux ciseaux, et après ligature de quelques vaisseaux qui saignent sur le cordon, le testicule ainsi isolé, et ne tenant plus que par les vaisseaux du cordon, est réintégré dans sa cage.

Revenant alors au testicule gauche, je l'aborde de la même façon à travers l'incision médiane première ; et j'enlève également l'épididyme en totalité, une plus faible étendue du canal déférent (deux centimètres environ) et le feuillet pariétal de la vaginale. Hémostase et réduction du testicule.

La plaie du scrotum est suturée par un surjet continu au catgut fin.

Les suites opératoires furent simples. La plaie se réunit par première intention ; il n'y eut pas de fièvre, et au bout de dix jours, le pansement était supprimé de la plaie réunie. A ce moment on sentait les deux testicules enveloppés d'une légère zone d'empâtement œdémateux.

Le malade quitte le service le 24 septembre avec un bon suspensoir. On lui recommande de prendre chaque jour de l'huile de foie de morue.

J'ai revu ce malade à la fin d'octobre. Grâce à la situation postérieure de l'incision, le scrotum a une conformation absolument normale ; il est souple, mobile, sans adhérence. Des deux côtés les testicules ont un volume sensiblement

identique à celui qu'ils avaient avant l'opération. Ils sont souples et mobiles. Le malade a eu des rapports sexuels, et il n'a observé de ce côté aucune différence avec son état antérieur.

Nous avons tenu à rapporter cette observation complète de la thèse d'Audebal pour deux raisons — d'abord, parce que M. Legueu y expose son procédé et ensuite parce que le malade dont il s'agit était revu par M. Legueu en octobre 1899, c'est-à-dire deux ans après l'opération, ce qui nous permettra de juger le résultat éloigné de l'opération. M. Legueu a profité de la présence de l'ancien malade qui est venu le trouver pour exprimer sa reconnaissance et a fait une leçon clinique sur « Les opérations conservatrices dans la tuberculose du testicule ». Voilà ce qu'il dit dans cette leçon de l'état actuel de l'ancien opéré : vous pouvez voir en effet que, à tous points de vue, le résultat obtenu ici est excellent. D'abord la forme des parties est exactement conservée ; regardez ce scrotum et vous n'y verrez pas même avec beaucoup d'attention, la trace d'aucune cicatrice, ce qui tient à la précaution que j'ai prise de faire d'abord une incision devant servir aux deux côtés, et qui plus est une incision postérieure, complètement dissimulée et invisible.

Ensuite palpez ces testicules, et dites-moi si dans
Malinsky

leur forme, dans leur volume, dans leur consistance vous trouverez quelque chose d'anormal. Non ; il est impossible à un œil non prévenu de juger du passé de ces organes, et de dire ce qui leur manque. Enfin écoutez ce que raconte ce malade, et vous verrez qu'au point de vue fonctionnel, ce malade n'a rien à envier. Il a des rapports conjugaux réguliers, fréquents ; il a retrouvé une énergie qu'il n'avait pas depuis longtemps, et lui-même ne peut se douter que ses testicules sont incapables de fonctionner complètement comme les autres ».

Le procédé de M. Legueu présente une supériorité sur les autres (Bardenheuer, Villeneuve, Lejars, Humbert) par l'incision unique postérieure dans le cas d'épididymectomie double.

OBSERVATION X

(Personnelle)

Georges F..., âgé de 29 ans, employé de commerce, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 3 septembre 1900, service de M. Nélaton, remplacé par M. Legueu.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels on trouve des bronchites fréquentes. Depuis quatre mois le malade éprouvait de lé-

gères douleurs dans la partie gauche des bourses qui semblaient avoir augmenté de volume. Ces douleurs se réveillaient par la fatigue et par la marche et étaient assez accusées le soir, sans revêtir toutefois une intensité bien marquée. Sur les conseils de son médecin, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

A l'examen des parties malades on constate que tout l'épididyme gauche est volumineux et très induré; les lésions paraissent plus prononcées au niveau de la queue de l'épididyme, qui est très augmentée de volume, bosselée et un peu douloureuse à la pression. Le canal déférent est gros, dur, indolore.

Le testicule du même côté a conservé à peu près son volume normal, la vaginale ne contient pas de liquide. La peau du scrotum est plus tendue que du côté sain.

Par le toucher rectal on arrive à la prostate qui est sensiblement augmentée de volume, son lobe gauche est induré et assez sensible à la pression. Les vésicules séminales sont difficiles à examiner, à cause de la douleur qu'on provoque, mais on arrive à sentir leur extrémité inférieure qui est légèrement modifiée.

A l'auscultation on trouve un silence respiratoire au sommet droit et quelques râles disséminés à la base. Les crachats du malade ont une couleur suspecte.

Opération le 8 septembre. Anesthésie par la cocaïnisation lombaire qui est produite en 8 minutes. Pendant toute la durée de l'opération, qui, d'ailleurs, fut très courte, le malade n'a rien senti.

Par son procédé habituel M. Legueu, après l'incision médiane postérieure, ayant préalablement relevé les bourses

sur l'abdomen, aborda l'épididyme et l'enleva au bistouri de la tête à la queue. Le canal déférent fut réséqué dans une étendue de 3 à 4 cm., la vaginale ouverte et son feuillet pariétal enlevé, le testicule, qui ne tenait plus que par les vaisseaux, fut remis en place. Nettoyage de la plaie opératoire, suture au crin de Florence des parties superficielles. Pansement. Suites opératoires très bonnes. Le malade est sorti de l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION XI

(Personnelle).

B. Cher..., âgé de 35 ans, ouvrier mécanicien, entre le 17 août 1900 à l'hôpital Saint-Louis, service Nélaton, remplacé par M. Legueu.

Antécédents héréditaires. — Tuberculose dans la famille.

Antécédents personnels. — Blennorrhagie à 19 ans qui a duré 45 jours, toussé fréquemment, a souvent des rhumes, surtout à l'arrivée des premiers froids. Deux fois il a eu des hémoptysies abondantes qui l'ont beaucoup affaibli, mais le malade continuait à travailler. Son état général est satisfaisant à l'entrée.

Depuis trois mois, il dit éprouver de légères douleurs dans les parties génitales, qui sont tantôt localisées à droite, tantôt à gauche. Ces douleurs ne l'empêchent pas de travailler, mais il a remarqué que les « parties » ont commen-

cé à grossir depuis 15 jours. Cette constatation l'a fait venir à l'hôpital pour demander une opération.

La palpation de la région malade permet de constater à droite et à gauche les épидидymes qui sont nettement augmentés de volume, irréguliers, parsemés de foyers purulents, surtout à leur partie caudale. Ils sont douloureux à la pression. Les vaginales contiennent du liquide, mais les testicules ne paraissent pas modifiés dans leur forme, ni dans leur volume.

Les déférents sont pris dans tout leur trajet scrotal. La prostate et les vésicules présentent des signes nets de tuberculose.

Opération le 24 août. — Cocaïnisation lombaire. Ablation des deux épидидymes et résection des deux canaux déférents. Le testicule gauche présentait au voisinage du pôle postéro inférieur un noyau qui fut enlevé au thermocautère. L'hémostase faite les testicules ont été réduits et la plaie suturée. Suites opératoires excellentes. Le malade est sorti de l'hôpital très satisfait de la disparition des douleurs et avec un état général très bon.

C. La vésiculectomie.

Nous avons vu que l'épididymectomie est presque toujours accompagnée de déférentectomie, car les déférents sont pris en même temps que les épидидymes. Quelques chirurgiens hardis vont même plus loin et extirpent le foyer primitif — la vésicule séminale.

Ullmann (de Vienne) a le premier excisé le vésicules séminales en 1889, chez un malade qui avait été castré six semaines avant pour une tuberculose du testicule. Roux (de Lausanne) en 1890 fit une castration totale, vésicule séminale et canal déférent compris. Depuis cette opération a été reprise par d'autres chirurgiens : Villeneuve (de Marseille) 1891, Weir (de New-York) 1892, Schede et Sick (de Hambourg) 1893, Routier 1894, Baudet et Kindirdjy 1898, Chavannaz (de Bordeaux) 1898, Villemin et Duval 1900. Les thèses de Platon (Montpellier 1898), de Reyt (Paris 1900), publient quelques observations avec la description des procédés opératoires.

Hogge (de Liège) au dernier congrès international à Paris, se prononce très favorablement au sujet de ces tentatives hardies et leur prédit un excellent avenir. En attendant ce ne sont que des essais et peut-être avec le perfectionnement de la technique opératoire, ces opérations qui semblent hardies maintenant se généraliseront un jour. Nous allons rapporter une observation, due au professeur Villeneuve et publiée dans la thèse de Platon.

OBSERVATION XII

Orchi-épididymite tuberculeuse. Epididymo-funiculo-vésiculectomie (1). Guérison (in thèse Platon).

Le nommé Frédéric L..., né à Santa-Maria (Italie), âgé de 33 ans, entre le 10 janvier 1896 à l'Hôtel-Dieu de Marseille, salle Moulaud, n° 7, dans le service de M. le professeur Villeneuve. Le malade, pâle et anémié, se plaint de ses testicules ; en effet, à ce niveau, on constate une tumeur appartenant au testicule gauche et présentant le volume d'une grosse pomme. A l'aspect extérieur, le scrotum est rouge, sans tension particulière à droite ; à gauche, du côté du testicule malade, la peau est tendue, lisse, décelant probablement une inflammation de la vaginale avec épanchement consécutif. A l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de la face antérieure du scrotum, siège une petite fistule qui laisse sourdre du pus d'aspect macroscopiquement tuberculeux. A la palpation, on perçoit une induration sensible de l'épididyme, séparé nettement du testicule, qui présente une douleur assez vive à la pression. Tout le long du canal déférent, augmenté de volume et présentant une rigidité anormale, on constate des noyaux durs, en chapelets, remontant très haut dans le canal inguinal.

Le toucher rectal fait arriver sur une prostate augmentée de volume, notamment du côté du lobe gauche, qui pa-

(1) Platon. Thèse, Montpellier, 1898, p. 81.

rait bosselé et induré. Les vésicules séminales sont difficiles à atteindre : il semblerait que la vésicule gauche est plus volumineuse que la droite. Les ganglions inguinaux sont développés de chaque côté.

L'auscultation du malade ne révèle rien ; à droite le murmure respiratoire est un peu voilé, l'expiration prolongée. D'ailleurs, pas d'antécédents héréditaires.

Les antécédents personnels se résument dans une variole de l'adolescence ; aucune trace de scrofule, ni de syphilis. A signaler cependant la facilité avec laquelle ce malade s'enrhume depuis quelques hivers.

Malgré cette toux chronique, pas d'amaigrissement. Enfin, ses cinq enfants sont bien portants et sans trace d'hérédité bacillaire.

C'est vers la fin du mois de septembre 1895, que le testicule gauche avait augmenté de volume, en même temps qu'évoluaient des phénomènes intestinaux que le malade ne peut caractériser. Après huit jours de repos au lit, il reprit son travail malgré la persistance de la tumeur. Enfin, au commencement de décembre, il abandonna complètement son métier de terrassier. Ne voyant aucune amélioration survenir, il entra à l'Hôtel-Dieu.

Opération le 17 janvier. — Incision du scrotum jusqu'au canal inguinal.

Ouverture de la vaginale qui laisse écouler le liquide épanché. L'épididyme gonflé, volumineux, à noyaux caséux, est facilement détaché au thermocautère. Le canal déférent est disséqué soigneusement en respectant les vaisseaux du cordon. Cinq noyaux tuberculeux siègent sur le trajet du canal déférent qui est poursuivi très loin dans

l'anneau ; à ce moment, en tirant sur lui, il se détache brusquement, entraînant une partie de la vésicule dont la section montre une masse caséuse en voie de ramollissement.

La longueur totale de l'épididyme et du canal enlevé est de 40 centimètres.

Le testicule, sans lésions apparentes, est remis en place : après avoir enlevé le tissu cicatriciel de la fistule scrotale, la suture en surjet est pratiquée avec drainage à la partie inférieure. Le pansement soigneusement fait, le malade est reporté dans la salle.

28 janvier. — Premier pansement. La plaie est en très bon état ; les fils sont enlevés. Pas de suppuration à la partie inférieure ; le drain est enlevé. Pour combattre la constipation, on ordonne un lavement purgatif. La température est toujours normale.

4 février. — Deuxième pansement. La plaie, complètement cicatrisée, ne présente aucune trace de suppuration. Le testicule, de volume normal, offre à la partie inférieure une légère induration. Le malade, qui jouit d'un appétit excellent, est très satisfait.

Toujours un peu de constipation, combattue par l'huile de ricin. Depuis ce jour, le malade commence à se lever.

25 février. — A l'auscultation on ne constate rien de particulier. L'appétit est toujours parfait, et la digestion facile.

Le malade augmente journellement de poids ; car le professeur Villeneuve a ajouté à son régime le traitement médical par l'huile de foie de morue à haute dose. Le testicule droit est toujours sain ; le gauche sans atrophie, très

mobile, ne présente presque plus d'induration à la partie inférieure.

Le malade sort le 1^{er} mars.

Vers la fin de l'année 1896, nous avons revu ce malade à la consultation gratuite du professeur Roux de Brignoles. Son état général était excellent. Les poumons étaient toujours en bon état, et son scrotum, habité de deux testicules sans lésions, satisfaisait complètement le malade. Erections et coït faciles.

M. Legueu refuse en général toute intervention sur les vésicules et la prostate, car elles ont toujours laissé des fistules intarissables. Ces interventions sanglantes sur la prostate (incisions, curettage, cautérisations) ont donné de bons résultats entre les mains de Guyon, Bouilly, Le Dentu et d'autres chirurgiens, mais la guérison n'était pas durable. Dans la majorité des cas les lésions prostatiques et vésiculaires regressent après l'épididymectomie, surtout quand on institue un traitement général actif et longtemps prolongé.

*D. Traitement de la tuberculose testiculaire par la
méthode de Mauclaire*

Nous finirons le chapitre en disant quelques mots sur le traitement proposé par Mauclaire. Cet

auteur trouve que toutes les opérations conservatrices n'ont pas encore été essayées. Il se demande, si l'on ne pourra pas, au lieu d'enlever la glande et l'épididyme, soit lier le canal déférent, son principal conduit d'excrétion, soit l'artère spermatique, les veines et les lymphatiques ; soit bien lier en masse tous ces conduits d'arrivée et de sortie, c'est-à-dire le cordon spermatique. C'est par la ligature totale ou partielle du cordon qu'il cherche à obtenir l'atrophie non pas tant de la glande que de son premier conduit d'excrétion, l'épididyme, quand celui-ci est infecté de tuberculose. Les faits qu'il rapporte sont trop neufs encore et peu nombreux pour être concluents. Voilà ce que dit l'auteur à la fin de son travail sur le traitement de la tuberculose épидидymo-testiculaire par les ligatures et les sections des éléments du cordon spermatique (An. des mal. génit. urinaire 1900): « Notre méthode des ligatures et sections partielles ou totales du cordon est encore à perfectionner; nous ne publions que les résultats immédiats encore récents. D'ailleurs notre but était : 1° d'atrophier l'épididyme tuberculeux et de conserver un noyau fibreux « testiculiforme » ; 2° d'éviter la propagation de la tuberculose à l'autre testicule, ce qui s'observe si la tuberculose est simplement externe; 3° de faire rétrocéder des lésions vésiculaires et prostatiques préexistantes. » Et plus loin : « De toutes les méthodes atrophiantes sus-indiquées, celle qui nous

semble avoir donné les meilleurs résultats c'est la section de tous les éléments du cordon sauf le canal déférent, l'artère déférentielle et les veinules qui accompagnent celle-ci. »

Pour donner une idée du procédé opératoire nous présentons une des observations publiées par l'auteur dans son travail :

OBSERVATION XIII (Mauclaire. Annales des maladies Génito-urinaires, 1900)

Epididymites suppurées. — Ligature en masse des deux cordons sauf le groupe veineux postérieur. — Atrophie consécutive.

G... G..., âgé de 20 ans, entre le 15 janvier 1900, salle III, n° 28, dans le service de M. Humbert, à l'hôpital Ricord.

Orchite suppurée droite en octobre 1898. La fistule se forme assez rapidement. Elle s'ouvre de nouveau en septembre 1899, à la suite d'une blennorrhagie, en même temps, suppuration de l'épididyme gauche.

Etat actuel. — A droite : abcès volumineux de l'épididyme, adénite inguinale droite suppurée.

A gauche : Epididyme bosselé, douloureux. Prostate peu volumineuse et non douloureuse. Vésicule gauche de volume normal mais douloureuse. Vésicule droite volumineuse, douloureuse ; par sa pression on fait sourdre du pus par le méat.

Fièvre assez élevée, 39°. Anesthésie générale.

Opération le 24 janvier. — Dissociation des gaines du cordon. Ligature en masse des deux cordons dans le groupe veineux postérieur.

Section entre deux ligatures. Cautérisation des noyaux épидидymaires avec le thermo-cautère.

27 janvier. — Peu de réaction locale, fièvre seulement pendant les deux jours qui ont suivi l'opération.

15 février. — A droite : le globe génital est plus petit, fistule persistante peu abondante : le testicule est encore sensible.

A gauche : très faible suppuration, testicule insensible à la pression. Prostate volumineuse.

15 mars. — A droite : testicule mou, non bosselé, gros comme un œuf. Epididyme très diminué de volume, dur, gros, bosselé, douloureux, fistule scrotale sécrétant très peu.

A gauche : testicule gros comme une noisette, petit, dur, lisse complètement indolore. Epididyme encore un peu volumineux, bosselé, indolore, fistule scrotale par où sort un liquide séro-purulent peu abondant. Prostate volumineuse. Ecoulement urétral venant de la prostate. Plus de fièvre. Etat général meilleur.



Conclusions

1° La tuberculose du testicule est toujours associée à d'autres lésions bacillaires de l'appareil génital.

2° La tuberculose génitale se localise primitivement sur la prostate et les vésicules séminales.

3° Les lésions tuberculeuses se propagent au testicule par la voie déférentielle.

4° La région prostatovésiculaire reçoit le bacille de Koch par la voie sanguine ; pourtant, d'autres voies sont également possibles, mais beaucoup moins fréquentes ; voies rénale, lymphatique, rectale et péritonéale.

5° La castration est devenue une opération exceptionnelle ; elle est remplacée par les opérations conservatrices parmi lesquelles l'épididymectomie pratiquée seule ou jointe à la déférentectomie et même à la vésiculectomie doit être considérée comme opération de choix.

6° L'opération conservatrice proposée par M. Mauclore est encore trop neuve pour qu'on puisse se prononcer sur sa valeur thérapeutique.

Le Président de la thèse,
GUYON.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



Index bibliographique

Bayle. — Journal de Corvisart, 1805.

A. Cooper. — Traité des maladies du testicule, 1830.

Bérard. — Des divers engorgements du testicule. Thèse d'agrég., 1843.

Curling. — Traité des maladies du testicule. Traduit par Gosselin, 1857.

Verneuil. — Communications sur la cautérisation ignée, 1871. Bulletin de la Société anatomique. Gazette des hôpitaux. Journal de médecine et de chirurgie pratiques, avril 1883.

Verchère. — Thèse de Paris, 1873.

Auboin. — Thèse de Paris, 1873.

Reclus. — Thèse de Paris, 1876.

Delfau. — Thèse de Paris, 1874.

Hugonnet. — Thèse de Paris, 1887.

Guelliot. — Thèse de Paris, 1882.

Cayla. — Thèse de Paris, 1887.

Monod et Terrillon. — Traité des maladies du testicule, 1889.

Wiessler. — Etude sur la tuberculose primitive du testicule, 1889. Thèse de Munich.

Malinsky

Lancéreaux. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1882.

Villeneuve. — Tuberculose du testicule. Epididymectomie. Marseille médical, 1890, et communication à l'Association française pour l'avancement des sciences, Marseille, 1891.

Coudray. — Ibidem.

Rèboul. — Ibidem.

Guyon. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1891.

Leguen. — Revue Internationale de médecine et de chirurgie, 1899.

Hutinel et Deschamps. — Archives générales de Médecine, 1891.

Sébilcau. — Archives générales de Médecine, 1897.

Desnos et Ozenne. — Congrès de la tuberculose, 1893.

Bardenheuer. — Mittheilungen aus dem Kolner Burghers-hospital, 2. t. 3 Hfü, Köln, 1887.

Villard. — Thèse de Lyon, 1893.

Euvrard. — Thèse de Paris, 1894.

Quénu. — Gazette médicale de Paris, 1896.

Chevrolle. — Thèse de Paris, 1896.

Fays. — Thèse de Paris, 1896.

Tillaux. — Traité de chirurgie clinique.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Pujol. — Marseille Médical, 1^{er} janvier 1896.

Degrenne. — Thèse de Paris, 1897.

Dimitresco. — Thèse de Paris, 1897.

Mac Guffie. — Thèse de Paris, 1897.

Duplay. — XII^e Congrès International de Médecine, Moscou, 18 septembre 1897.

Audebal. — Thèse de Paris, 1898.

Reyt. — Thèse de Paris, 1900.

Platon. — Thèse de Montpellier, 1899.

Chevky. — Thèse de Lyon, 1894.

G. Colin. — Revue Internationale de Chirurgie et de Médecine, 1900.

Dürr. — Beiträge zur Klinische Chir. von Bruns, II, Band, 1890.

Volkman. — Wiener mediz. Blätter, 1885.

Thorens. — Bulletin de la Société Anatomique, 1870.

Péron. — Bulletin de la Société Anatomique, 1898.

Simmonds. — Über Tuberculose des manlichen Genital Apparates Deutsches Archiv. f. Klinisch. Med. von Ziemssen, 38 Bd., 1886.

Rilliet et Barthez. — Traité des maladies des enfants 1843.

Paul Delbet. — Annales des maladies des organes génito-urinaire, 1900.

Mauclore. — Annales des maladies des organes génito-urinaire.

Dufour. — Thèse de Paris, 1854.

Lannelongue. — Bulletin Soc. chir., 1878, t. IV, p. 600. Bul. de la Soc. anatomique.

Ullmann. — Centralblatt für Chir., n° 8.

Baudet et Kindirdjy. — Gaz. des Hôp., 15 oct. 1898.

